

Vis Sci, 2001, 42(13): 3223-3238.

- [4] Yamada K, Senju S, Nakatsura T, et al. Identification of a novel autoantigen UACA in patients with panuveitis[J]. Biochem Biophys Res Commun, 2001, 280(4): 1169-1176.
- [5] Mor F, Weinberger A, Cohen IR. Identification of alpha-tropomyosin as a target self-antigen in Behcet's syndrome [J]. Eur J Immunol, 2002, 32(2): 356-365.
- [6] 冯修高, 陈顺乐, 陆瑜, 等. 白塞病相关抗原的重组表达及抗原性初步分析[J]. 中国免疫学杂志, 2003, 19(4): 282-285.
- [7] Menashi S, Tribout B, Dosquet C, et al. Strong association between plasma thrombomodulin and pathergy test in Behcet disease[J]. Ann Rheum Dis, 2008, 67(6): 892-893.
- [8] James DG. Silk route disease[J]. Postgrad Med J, 1986, 62

(7): 151-153.

- [9] Ohno S, Ohguchi M, Hirose S, et al. Close association of HLA-BW51 in Behcet's disease[J]. Arch Ophthalmol, 1982, 100(9): 1455-1458.
- [10] Criteria for diagnosis of Behcet's disease. International Study Group for Behcet's disease[J]. Lancet, 1990, 335(869): 1078-1080.
- [11] 孙亚丽, 陈洪云, 高丽. 白塞综合征 7 例临床分析[J]. 重庆医学, 2004, 33(8): 1131-1134.
- [12] Kotter I, Eckstein A, Stubiger N, et al. Treatment of ocular symptoms of Behcet's disease with interferon $\alpha 2a$: a pilot study[J]. Br J Ophthalmol, 1998, 82(5): 488-494.

(收稿日期: 2010-05-17 修回日期: 2010-10-11)

结核性腹膜炎并急性血行播散型肺结核 1 例

方如塘¹, 魏香兰², 林 涛¹

(1. 解放军第四五一医院消化内科, 西安 710054; 2. 西安市结核病胸部肿瘤医院药剂科 710061)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.048

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)14-1455-02

结核性腹膜炎诊断困难, 容易引起漏诊、误诊, 常导致病情延误, 甚至结核扩散。现将 1 例结核性腹膜炎并急性血行播散型肺结核报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 21 岁, 无结核病史。入院前 6 个月无明显诱因间断发热, 主要在下午发热, 测体温最高达 38℃, 无咳嗽、咳痰。入院前 1 个月反复全腹胀痛, 以右上腹为著, 偶有恶心, 未呕吐, 伴轻微咳嗽, 偶有白色痰液。入院前 10 d 几乎每天发热, 体温常在 38℃ 以上, 最高达 39℃, 大汗后体温降至正常。发病以来, 体质量减轻约 5 kg。查体: 体温 39℃, 脉搏 110 次/分, 呼吸 18 次/分, 血压 120/70 mm Hg。全身浅表淋巴结未扪及肿大。心、肺未见异常。腹部平、软, 全腹胀痛, 以右上腹为著, 无反跳痛及肌紧张, 未扪及腹部包块, 肝肋下 1 横指, 质软、压痛, 脾未扪及, 肝区叩痛, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常。

肝功能检查: 天门冬氨酸氨基转移酶 (AST) 65.1 U/L, 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 87.3 U/L, γ -谷氨酰转肽酶 (γ -GT) 111.1 U/L; 腹部 B 超: 肝包膜下局限性积液, 腹腔积液。上腹部 CT 扫描: 肝包膜下、腹腔积液, 右侧胸腔少量积液, 脾大。血常规、红细胞沉降率、肝炎系列、肿瘤系列、肝纤维化指标检查、胸部正(侧)位片及胸部 CT 扫描均正常, 结核抗体、结核菌素 (PPD) 试验、血致病菌培养阴性。结肠镜检查: 回肠末端多发性溃疡面。病理示回肠末端黏膜慢性炎症, 伴肉芽肿形成及表浅坏死。常规穿刺针多次腹腔穿刺均未能抽出积液, 换用心脏穿刺针抽出仅约 5 mL 积液, 腹腔积液常规检查示: 淡黄色, 微浑, 黏蛋白定性阳性, 红细胞 $745 \times 10^6/L$, 白细胞 $1450 \times 10^6/L$, 中性粒细胞 40%, 淋巴细胞 60%。多次腹部 B 超检查及 CT 扫描示腹腔积液部分呈游动性, 部分包裹, 抽液困难。

治疗: 予头孢曲松、甲硝唑抗感染等治疗无效, 常规退热无效且高热情况下间断静脉注射地塞米松。入院治疗半个月无效, 并出现胸背部结节性红斑。复查红细胞沉降率为 32 mm/h; 复查腹部 B 超: 腹腔及右侧胸腔少量积液, 肝包膜下积液消失。脾大; 胸部正、侧位片: 两侧少量胸腔积液, 两肺纹理增多, 紊乱, 两肺中下野满布小结节样致密影, 边界不清, 云雾状改变; 胸部 CT: 两肺弥漫性结节, 心包及右侧胸腔少量积液。考虑结核性腹膜炎合并急性粟粒型肺结核, 予异烟肼、利

福平、吡嗪酰胺、链霉素联合抗痨治疗 1 个月症状消失, 停用链霉素, 继续三药联合抗痨治疗 3 个月, 最后以异烟肼、利福平维持治疗 6 个月, 期间加用泼尼松退热治疗 1 周, 体温正常后逐渐减量, 直至停药。复查胸片、胸部 CT、腹部 B 超及 CT 均正常, 停药后随访 1 年未再复发。

2 讨论

结核性腹膜炎按病理改变分为渗出型、粘连型、干酪型^[1], 其中渗出型可表现为腹腔积液, 但腹腔积液病因繁多。Runyon^[2]报道腹腔积液 91%~92% 为肝硬化、恶性肿瘤腹膜转移、结核性腹膜炎引起, 5% 为多种病因共同所致。肝硬化等门静脉高压性疾病 B 超可发现门、脾静脉增宽, 腹腔积液性质为漏出液, 合并自发性腹膜炎时可发热, 此时积液性质为渗出性。恶性肿瘤腹膜转移多见于中老年患者, 合并肿瘤时可发热, 积液性质为渗出液, 少数可查见瘤细胞, 腹部 B 超、CT 等影像学检查及一些肿瘤标志物有助于诊断的确立。结核性腹膜炎多见于年轻患者, 临床上不典型结核性腹膜炎诊断困难, 主要是靠排除性诊断及诊断性抗痨治疗, 其血清及腹腔积液中腺苷脱氢酶 (ADA) 活性明显升高, 腹腔积液 ADA > 36 U/L, 血清 ADA > 54 U/L, 腹腔积液、血清 ADA 比值大于 0.984 提示结核^[3]。

本例急性血行播散型肺结核有可能因病变早期胸部影像学改变不明显而被漏诊, 文献报道该病在 X 线胸片上显示病灶常需 3 周以上, 表现为密度、大小、分布均匀的直径约 1~3 mm 的粟粒状阴影, 但薄层高清晰 CT 扫描 (HRCT) 有助于发现早期病变^[4-7]。也可能与治疗本来为结核性腹膜炎的不明原因腹膜炎时未有效抗痨治疗情况下多次使用皮质激素退热, 降低了机体免疫力, 引起结核扩散有关。多篇文献报道皮质激素治疗继发和(或)结核血行播散引起急性粟粒性肺结核^[7-9]。对渗出型或血行播散型结核病患者, 在使用有效抗结核药物的同时可使用皮质激素类药物, 可迅速减轻全身中毒症状, 提高疗效^[10]。故建议在排除其他疾病, 考虑结核性腹膜炎时及早进行抗痨治疗, 在有效抗痨治疗条件下方可使用皮质激素退热治疗, 同时密切观察病情发展及抗痨药对肝、肾功能损伤等毒性作用。

参考文献:

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版

社,2008:405.

- [2] Runyon BA. Care of patients with ascites[J]. *N Engl J Med*, 1994, 330(5): 337-342.
- [3] Bhargava DK, Gupta M, Nijhawan S, et al. Adenosine deaminase (ADA) in peritoneal tuberculosis: diagnostic value in ascitic fluid and sputum[J]. *Tuberculosis*, 1990, 71(2): 121-126.
- [4] 余建群, 杨志刚. 血行播散型肺结核的螺旋 CT 表现特征[J]. *四川大学学报: 医学版*, 2003, 34(2): 364-365.
- [5] 迟竹云, 孟凡波, 刘波, 等. 成人急性粟粒性肺结核的影像表现及临床分析[J]. *医学影像学杂志*, 2008, 18(4): 419-421.

• 短篇及病例报道 •

别嘌呤醇引起药物超敏综合征 1 例报道

李彦希¹, 彭景², 吕静¹

(1. 重庆市第一人民医院皮肤科 400011; 2. 四川省泸州医学院, 四川泸州 646000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.14.049

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)14-1456-01

1 临床资料

患者, 女, 69 岁, 因全身红斑伴瘙痒 2 周于 2009 年 7 月 2 日收入重庆市第一人民医院。入院前 1 个半月因高尿酸血症服用别嘌呤醇 1 个月, 停药半月。体格检查: 双肺呼吸音较粗, 未闻及干湿啰音, 余(-)。皮肤科检查: 头面、躯干、四肢弥漫性鲜红色斑片, 约甲盖至鸽蛋大小, 压之褪色, 部分融合成片, 口腔下龈处见一约 0.5 cm×0.5 cm 类圆形溃疡, 溃疡面灰白色(封 3 图 1, 2)。实验室及辅助检查: 白细胞(WBC) $10.04 \times 10^9/L$ (正常值 $4 \sim 10 \times 10^9/L$), 嗜酸性粒细胞(EO) $0.9 \times 10^9/L$ (正常值 $0.05 \sim 0.5 \times 10^9/L$), EO% 为 8.72% (正常值 0.5%~5%); Na^+ 132.8 mmol/L; ALT 372 U/L (正常值 5~40 U/L), AST 372 U/L (正常值 5~40 U/L), 乳酸脱氢酶(LDH) 602 U/L (正常值 114~240 U/L)。入院后静脉滴注地塞米松 10 mg/d, 给予保肝、止痒等对症支持治疗。入院后第 2 天患者出现高热, 体温 39.1 °C, 钠差, 面部水肿, 全身红斑大片融合, 双下颌及左腋下可扪及数枚蚕豆致指头大小淋巴结, 质韧, 活动, 胸前新发红斑。复查血常规: WBC $10.30 \times 10^9/L$, EO $1.45 \times 10^9/L$, EO% 11.61%, 改用氢化可的松琥珀酸钠 400 mg/d, 2 d 后患者体温降至正常, 红斑水肿渐消退, 1 周后复查生化指标: ALT 506 U/L, AST 311 U/L, LDH 503 U/L, 加强保肝及降酶治疗, 2 周后肝酶复查明显降低, 激素减量为 300 mg/d, 1 周后再次减量为 200 mg/d。复查肝酶: ALT 125 U/L, AST 25 U/L。经治疗, 患者好转出院, 目前仍在随访中。

2 讨论

药物超敏综合征(DHS)是一种特殊类型的重症药疹, 病死率高达 10%, 除皮肤受累以外, 患者还伴随高热、淋巴结肿大, 1 个及其以上的内脏器官受损、血嗜酸性粒细胞增高、淋巴细胞增多或减少等特点。其首发症状多为发热和发疹, 皮疹主要包括麻疹样型、多形红斑、红皮病型、大疱性表皮松解坏死型等, 其中麻疹样型最为常见^[1]。本例以水肿性红斑为主, 表现为红皮病型, 台湾地区的一项回顾性研究表明在引起 DHS 的药物中别嘌呤醇最常见, 其次为卡马西平^[2], 在使用别嘌呤醇的患者中此病的发病率为 1/260^[3]。虽然在患者体内发现有 IgE 升高, 但本病通常在停药后 2~6 周发病, 因此本病主要与迟发型超敏反应相关, 此外某些病例血清中发现存在针对肾小管、肾小球基底膜的抗体以及抗原抗体复合物, 提示存在 II 型及 III 型变态反应^[4], 这些免疫复合物以及抗体在靶器官的沉积

- [6] 杨静, 詹浩辉. 急性粟粒型肺结核与粟粒性肺转移瘤的 CT 特征[J]. *中国医学影像技术*, 2009, 25(7): 1205-1207.
- [7] 刘云召. 皮质激素治疗毛细支气管炎继发 3 例粟粒性肺结核临床分析[J]. *重庆医学*, 2007, 36(6): 579.
- [8] 张钦发. 血行播散型结核病 69 例误诊探析[J]. *临床误诊误治*, 2002, 15(4): 282-283.
- [9] 范立萍, 白大鹏. 肾上腺皮质激素致肺结核 37 例临床分析[J]. *临床肺科杂志*, 2008, 13(3): 310-311.
- [10] 中华医学会. 临床诊疗指南·结核病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 27.

(收稿日期: 2010-05-12 修回日期: 2010-09-17)

引起了超敏反应的发生。此外, 别嘌呤醇引起的 DHS 与其代谢产物氧嘌呤醇在体内的聚集有关, 别嘌呤醇半衰期为 1~3 h, 而氧嘌呤醇的半衰期长达 125 h, 氧嘌呤醇在体内聚集可作为氧化反应介质引起细胞及器官的损伤。本病的病理改变一般为苔藓样、多形红斑、假性淋巴瘤以及血管炎, 与临床的分型基本吻合。同时患者外周血 WBC 中可测到疱疹病毒特异性核酸, 最常见为人疱疹病毒 6 型(human herpesvirus 6, HHV-6), 它与内脏器官的损伤及停药后复发有密切联系^[5], 通常认为此病是由药物与病毒再激活引起的迟发性变态反应^[6]。本病治疗遵从重症药疹的治疗原则, 早期、足量地使用糖皮质激素, 缓慢减量, 治疗期间注意尽量避免激素的不良反应, 并同时进行治疗、抗炎、支持等治疗。

参考文献:

- [1] 王侠生, 朱月明, 孙清娟. 别嘌呤醇药疹 26 例临床分析[J]. *临床皮肤科杂志*, 1992, 21(6): 301-303.
- [2] Chiou CC, Yang LC, Hung SI, et al. Clinicopathological features and prognosis of drug rash with eosinophilia and systemic symptoms: a study of 30 cases in Taiwan[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2008, 22(9): 1044-1049.
- [3] Markel A. Allopurinol-induced DRESS syndrome[J]. *Isr Med Assoc J*, 2005, 7(10): 656-660.
- [4] Grussendorf M, Andrassy K, Waldherr R, et al. Systemic hypersensitivity to allopurinol with acute interstitial nephritis[J]. *Am J Nephrol*. 1981, 1(2): 105-109.
- [5] Takahashi H, Tanaka M, 300nikawa A, et al. A case of drug-induced hypersensitivity syndrome showing transient immunosuppression before viral reactivation during treatment for pemphigus foliaceus[J]. *Clin Exp Dermatol*, 2006, 31(1): 33-35.
- [6] Kano Y, Shiohara T. The variable clinical picture of drug-induced hypersensitivity syndrome/drug rash with eosinophilia and systemic symptoms in relation to the eliciting drug[J]. *Immunol Allergy Clin North Am*, 2009, 29(3): 481-501.

(收稿日期: 2010-04-27 修回日期: 2010-10-11)